

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1904, à 1 heure

PAR

Charles de PIERREPONT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Des Prolapsus Génitaux Symptomatiques

D'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes

Président : M. TILLAUX, professeur

Juges : { MM. DELENS, professeur
SEBILEAU et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		RECLUS.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
Clinique médicale.....	}	HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	}	TILLAUX.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....	}	DE LAPERSONNE
		GUYON.
Clinique gynécologique.....		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SCEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JAYLE
Chef de clinique gynécologique à l'hôpital Broca.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0058

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Prolapsus Génitaux Symptomatiques

d'une Tumeur de l'Utérus ou de ses Annexes

AVANT-PROPOS

Nous ne voudrions pas aborder le sujet de ce travail sans adresser, à tous ceux qui nous ont aidé de leurs leçons et de leurs conseils, le témoignage de notre vive reconnaissance.

Nous exprimons notre profonde gratitude à nos anciens maîtres de l'Ecole de Médecine de Caen : MM. les docteurs Auvray, Gidon, Barette, Vigot, Cattois, Guillet, Moutier, Noury, Osmont et Gosselin.

A tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Paris, qui ont bien voulu nous faire profiter de leur savoir et de leur expérience au cours de nos études médicales, nous adressons nos plus sincères remerciements.

C'est à M. le docteur Jayle, chef de clinique gynécologique à l'hôpital Broca, que nous devons l'inspiration de notre thèse ; qu'il nous permette de lui dire combien nous lui sommes reconnaissant de l'amabilité qu'il a mise à nous faciliter notre tâche.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'hommage de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

Définition et Historique.

Parmi les affections auxquelles sont exposées les femmes, il en est une, particulièrement pénible et gênante, dont nous allons nous occuper au cours de ce travail : c'est le prolapsus génital. Non pas que nous ayons l'intention de développer, dans une étude forcément restreinte, un sujet aussi vaste que celui qui a trait aux prolapsus en général. D'autres l'ont fait avant nous, plus autorisés, et les gynécologues ont consacré de longs chapitres à cette affection dans leurs traités.

Mais il est une forme spéciale de procidences, assez rare d'ailleurs, à laquelle les auteurs n'accordent pour la plupart que quelques lignes, et qui attira notre attention, au cours de notre stage spécial dans le service de M. le professeur Pozzi. Nous eûmes alors l'occasion de voir, presque en même temps, trois malades atteintes d'un prolapsus génital apparent ; à deux d'entre elles, un médecin consulté avait conseillé de recourir uniquement à une colpopérinéorraphie nécessaire, et

ce ne fut qu'à la suite d'un examen minutieux, que M. le docteur Jayle parvint à compléter le diagnostic porté, et à affirmer en même temps l'existence d'une tumeur développée aux dépens des annexes.

Il nous parut y avoir là plus qu'une simple coïncidence, plus que la présence de deux affections distinctes et indépendantes sur un même sujet. L'idée nous vint alors de réunir les cas analogues que nous pourrions rencontrer, et de voir les conclusions qu'il nous paraîtrait logique d'en déduire.

C'est le résultat de nos recherches sur cette variété spéciale de prolapsus, les « prolapsus symptomatiques d'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes », qui fera le sujet de cette thèse.

Bien que les auteurs se livrent beaucoup plus longuement et minutieusement à l'étude des prolapsus idiopathiques, qu'à celle de cette forme de prolapsus, qui va nous occuper, il n'en faudrait pas conclure qu'ils gardent sur cette dernière un silence absolu. La classification en prolapsus « idiopathiques » et prolapsus « symptomatiques » indique déjà, que les faits de chute de la matrice, en relation étroite avec une autre lésion, avaient été notés dans les divers travaux sur ce sujet. C'est ainsi que Becquerel, dans son *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, écrit : « Considéré sous le point de vue étiologique, l'abaissement de l'utérus se trouve dans deux conditions bien différentes. Dans une première

série de cas, on peut placer les abaissements « symptomatiques ou consécutifs » à d'autres lésions de l'utérus; dans la seconde on doit ranger les abaissements « idiopathiques ou primitifs », qui se développent d'emblée, et qui ne se compliquent que plus tard de lésions organiques de diverses natures ».

Dans ses *Leçons cliniques*, Aran remarque également que : « des changements de situation, que le développement de fibroïdes utérins fait subir à la matrice, le plus commun est certainement l'abaissement ».

« Une tumeur placée au-dessus de l'utérus, ou l'augmentation de poids de l'organe lui-même est, pour Emmet (1) une cause immédiate de prolapsus ».

M^{me} Boivin et Dugès (2) citent deux cas dans lesquels une tumeur de l'ovaire avait amené « une descente ou semi-prolapsus ».

Scanzoni, de Sinety, Churchill, Jacobs, Duplay, Chaput, Schwartz, Jobert, s'accordent à reconnaître la possibilité de cette complication.

C'est aussi l'avis de Courty (3) ; pour lui : « la chute de la matrice, comme tous les déplacements, est moins une maladie, qu'un symptôme, symptôme de maladie ou de traumatisme des

1. Emmet. *Maladies des femmes*.

2. Boivin et Dugès. *Maladies de l'utérus et de ses annexes*.

3. Courty. *Maladies de l'utérus*.

ligaments suspenseurs, symptôme d'un état pathologique des organes voisins, du plancher périméal, de l'orifice vulvaire, etc. »

M. le professeur Pozzi n'est pas moins affirmatif quand il écrit dans son *Traité de Gynécologie* : « L'abaissement de l'organe que produisent certaines grosses tumeurs utérines peut donner lieu à un prolapsus génital. Même fait s'observe du reste avec quelques tumeurs ovariennes ».

Labadie-Lagrave et Legueu (1) notent également : « que dans certains cas on a vu le prolapsus de l'utérus ou du vagin compliquer un kyste de l'ovaire ou un fibrome. Heath, Ashe, Terrier, Duplay, Macan, Demons, Picqué, Boursier, en ont observé des exemples ».

Il nous serait facile de multiplier les citations. Qu'il nous suffise de constater que la plupart des auteurs signalent ce fait de prolapsus génitaux, venant compliquer une tumeur, soit utérine, soit annexielle, et dont l'apparition et le développement offrent une relation étroite avec l'apparition et le développement de la tumeur elle-même.

1. Labadie-Lagrave et Legueu. *Traité de Gynécologie*.

CHAPITRE II

Étiologie.

Les tumeurs de l'utérus ou des annexes se présentent comme des affections relativement communes. Nombreuses sont les femmes atteintes, soit de kystes, soit de fibromes. Cependant assez rares se montrent les cas, dans lesquels il arrive de constater, en même temps, l'existence d'une tumeur abdominale et d'un prolapsus symptomatique. Car il faut encore faire exception de quelques malades, qui, affligés d'un prolapsus préexistant à l'état pathologique de leurs organes génitaux internes, voient, au cours de leur maladie, se développer une tumeur abdominale. Chez ces dernières la chute de la matrice, qui s'était manifestée depuis de longues années, sans aucun autre symptôme morbide de voisinage, paraît incontestablement n'avoir aucune relation de cause à effet avec un fibrome ou un kyste évoluant ultérieurement. C'est ainsi que dans l'observation relatée par M. Fourneaux (Obs. XIX), que nous citons néanmoins, la malade portait un prolapsus, remontant à 12 ans avant les accidents,

qui l'obligèrent à consulter. On objecterait à la rigueur que la lésion de l'utérus ou des ovaires était demeurée pendant ce laps de temps à l'état latent ; mais des tumeurs, qui restent durant aussi longtemps sans causer dans l'organisme, où elles prennent naissance, aucun trouble particulier et propre à leur mode d'évolution, et qui n'offrent d'autres signes de leur vitalité, que des accidents à distance se présentent comme des tumeurs bien hypothétiques, si l'on peut dire.

D'autre part les cas de sujets, porteurs d'une procidence génitale chez lesquels l'autopsie n'a révélé aucune lésion appréciable des organes voisins, montrent bien qu'il s'agit là de prolapsus idiopathiques, auxquels, sans nul doute, est venue se surajouter plus tard une affection d'une autre nature ; il n'y a rien là que de très logique.

Il ne reste donc, en définitive, qu'un petit nombre de faits relatifs à des prolapsus symptomatiques, et il y a lieu de se demander pourquoi cette rareté ; pourquoi, parmi tant et tant de tumeurs de toute forme et de tout volume, quelques-unes seulement entraînent cette conséquence. Quelles raisons peut-on faire intervenir pour expliquer l'apparition de ce symptôme particulier ?

Quelques auteurs ont invoqué l'augmentation de poids et de volume de la matrice ou des ovaires, et Becquerel (1) tient le plus grand compte de ces

1. Becquerel. *Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

deux facteurs : « Ces lésions organiques, dit-il, de diverses natures, qui se développent dans une partie quelconque de l'utérus, et qui produisent l'augmentation de poids et de volume de l'organe, ont pour effet à peu près nécessaire de rapprocher l'utérus de la vulve, et par suite d'occasionner un abaissement d'un certain degré. Ainsi l'hypertrophie de l'utérus, les tumeurs fibreuses conduisent forcément à ce résultat.

Toute maladie organique, développée dans l'abdomen et produisant une tumeur capable de déprimer l'utérus, agit en déterminant un abaissement de cet organe. Telles sont les tumeurs diverses et volumineuses, qui peuvent se former dans les ovaires (les hydromatose enkystées des ovaires), ou qui sont situées à la partie inférieure de l'abdomen, et placées de manière à comprimer la matrice.

Dans ces divers cas, c'est l'augmentation de poids de l'utérus, ou bien la compression qu'il éprouve des tumeurs voisines, qui tiraillent d'abord les ligaments de l'utérus, les distendent et finissent par les relâcher d'une manière suffisante pour produire l'abaissement ».

MM. Labadie-Lagrave et Legueu partagent cette opinion : « Le prolapsus est alors dû, à leur avis, à l'excès de pression abdominale (1) ; l'influence exclusivement mécanique joue le rôle principal, elle domine toute la scène.

1. Labadie-Lagrave et Legueu. *Loc. cit.*

Mais si l'on admet que l'hyperpression abdominale entre seule en ligne de compte, plus la tumeur sera lourde et volumineuse, et plus l'utérus ou le vagin devront être prolabés ; et ne voit-on pas cependant, se produire un prolapsus, alors que le kyste ou le fibrome au début était encore si peu apparent, qu'il avait échappé à un premier examen, et qu'il fut seulement diagnostiqué à l'occasion d'une récurrence de la chute utérine, pour laquelle on était déjà intervenu (Schwartz (1) ; ou encore, comme dans l'observation de MM. Hartmann et de Bouchet (2), que l'inspection de la pièce enlevée fit seule découvrir un fibrome, de la grosseur d'une pomme d'api, développé dans l'épaisseur de la paroi, près du fond de l'utérus. Comment comprendrait-on, en outre, que la chute de la matrice ne vienne compliquer que dans une proportion minime les tumeurs utéro-annexielles. Que les questions de poids et de volume aient leur importance, semble incontestable ; mais que de femmes se décident demander soulagement de leur infirmité, qui portent des fibromes ou des kystes, de dimensions vraiment considérables, et chez qui cependant l'utérus n'a subi aucun mouvement de descente ; c'est que, la plupart du temps, la tumeur, prenant appui sur les parois osseuses du bassin, tend à entraîner en haut par son dévelop-

1. Schwartz, Congrès français de chirurgie, 1896.

2. Hartmann et du Bouchet. *Annales de gynécologie*, 1894.

pement progressif les organes, aux dépens desquels elle s'est formée, ou qui lui sont unis par des adhérences solides. Il faut donc, tout au moins, qu'elle s'accroisse dans l'excavation pelvienne même, ou que, tout en demeurant abdominale, elle puisse prendre point d'appui sur les organes sous-jacents pour exercer sur eux une action efficace, qui contribue à leur faire abandonner leur situation normale. La forme et la direction du bassin osseux, son amplitude, la situation basse ou élevée de la symphise peuvent alors favoriser ou contrarier la tendance au prolapsus.

Il est une autre cause que nous trouvons rapportée dans plusieurs ouvrages, c'est la modification qu'entraîne dans les tissus voisins l'état morbide de l'utérus ou de ses annexes. Voilà de l'avis de Sinety (1) la raison principale de la chute utérine : « les tumeurs ou inflammations, développées au voisinage de la matrice, peuvent être cause d'abaissement de l'organe, surtout par le ramollissement, que ces affections diverses occasionnent autour d'elles ».

Tous les troubles apportés dans la nutrition des divers ligaments qui fixent l'utérus en situation normale, concourent pour leur part à favoriser les procidences génitales et : « il suffit, d'après Aran (2), que, comme dans les cas de corps fibreux, le sang afflue avec persévérance vers le système

1. De Sinety. *Maladies des femmes*.

2. Aran. *Maladies de l'utérus*.

utérin, pour que les ligaments se ramollissent, et permettent les déplacements ».

Mme Boivin, Dugès, de Sinety, Churchill, Duplay et Chaput, pensent qu'il faut en outre et surtout tenir compte de la conformation anatomique et de l'état des divers organes de soutien : le vagin, la vulve, le périnée.

L'amplitude et le relâchement du vagin, la perte de tonicité de ses parois, les dimensions et l'orientation de la vulve, la longueur du périnée, la résistance de ses muscles et de ses aponévroses (Trélat) (1), en dehors de toute déchirure antérieure, paraissent alors susceptibles de disposer au prolapsus. Et Courty (2) formule ainsi son opinion : « La chute de la matrice tient moins à la matrice elle-même qu'aux organes qui la soutiennent, et à ceux qui la maintiennent, ou la retiennent dans sa situation ».

Barnes n'est pas moins affirmatif, et voit dans la perte de tonicité des tissus, la raison sans laquelle l'utérus ne peut montrer aucune tendance à obéir aux lois de la pesanteur.

Il nous semble bien que c'est là en effet un état singulièrement favorable pour la production d'un prolapsus symptomatique, mais ne faudrait-il pas faire intervenir, en outre, comme l'ont pensé quelques auteurs (Trélat, Pichevin, Tuffier, Mauclaire),

1. Trélat. *Annales de gynécologie*, 1888.

2. Courty. *Loc. cit.*

une autre cause, congénitale celle-là. Le prolapsus vaginal ou utérin, la cystocèle, la rectocèle, qui les accompagnent fréquemment, sont des hernies; de même qu'il y a des hernies de faiblesse, on peut dire qu'il y a des prolapsus de faiblesse (Pozzi), et Trélat fait justement remarquer, qu'on ne doit pas considérer comme négligeable une sorte de prédisposition congénitale héréditaire. Il y a une constitution individuelle particulière, qui fait, que sans aucune lésion, qui permette d'expliquer ce phénomène, certains sujets semblent prédestinés aux ptoses viscérales: les moyens de sustentation, dit Pichevin (1), sont « frappés de déchéance »; leurs tissus, en particulier les tissus qui constituent le périnée, subissent une transformation conjonctive. Les muscles s'atrophient et disparaissent; le tissu élastique se laisse étirer; les fibres conjonctives deviennent prédominantes. A la place d'une charpente capable de résister aux excès passagers de pression, à la place des tissus, qui réagissent, il n'y a plus qu'un plancher sans ressort, et qui s'abaisse progressivement jusqu'à l'effondrement total.

Ce qui paraît le plus grave dans cet état, c'est qu'il ne s'agit pas d'une lésion purement et exclusivement locale, l'insuffisance du périnée est sous la dépendance d'un état général d'ordre névropathique. La chute du vagin et de la matrice n'est

1. Pichevin. *Semaine gynécologique*, 1903.

qu'une manifestation d'un complexe, dont la cause doit être cherchée dans l'état nerveux du sujet.

M. Tuffier (1) est tout disposé lui aussi à voir là une insuffisance congénitale des tissus, « une insuffisance héréditaire, comme le suppose M. le professeur Bouchard » ; il s'agirait de véritables dégénérescences ; des tissus en apparence normaux cédant à la moindre sollicitation, sans que rien, dans le passé morbide du sujet, soit suffisant pour expliquer cette faiblesse.

On conçoit quel effet pourra avoir chez ces prédisposés l'évolution d'un kyste ou d'un fibrome ; les organes génitaux, déjà mal équilibrés congénitalement, auront tôt fait, sous l'influence des différents changements qu'apportera la tumeur dans leur structure et leur stabilité, d'obéir aux sollicitations de la pesanteur.

En résumé, les modifications de poids et de volume, que subissent les organes génitaux, par l'effet de l'existence d'un kyste ou d'un fibrome ; la forme, l'amplitude et l'orientation du bassin osseux ; la conformation anatomique et les troubles de nutrition des divers tissus, qui servent à maintenir, à soutenir ou à retenir l'utérus ; une prédisposition congénitale à l'insuffisance généralisée des tissus, telles sont les causes actives ou passives, qui contribuent à favoriser l'appari-

1. Tuffier. *Semaine médicale*, 1864.

tion d'un prolapsus symptomatique. Ces conditions, se trouvant rarement réalisées dans un même organisme, ainsi s'explique que cette forme de prolapsus soit une affection relativement peu commune. Les efforts, les chutes, les fatigues représentent autant de causes occasionnelles moins importantes, qu'il convient de citer néanmoins.

CHAPITRE III

Symptomatologie. Diagnostic. Pronostic.

La symptomatologie de la variété de prolapsus, dont nous nous occupons, n'offre aucune particularité bien notable. Comme dans tout prolapsus, l'abandon de la cavité pelvienne par la matrice entraîne des troubles de diverses natures dans l'état de la santé et dans les différents viscères, qui se trouvent en rapport avec l'organe déplacé. Des tiraillements et une sensation de pesanteur; des douleurs dans les reins; une grande fatigue, pour peu qu'elles se livrent à un effort pour soulever un fardeau, ou même seulement à une marche un peu longue. Tels sont les troubles fonctionnels, dont se plaignent généralement les malades. Elles accusent souvent aussi un besoin fréquent et douloureux d'uriner et une constipation extrêmement pénible.

A l'examen on trouve une saillie plus ou moins accentuée, constituée par la muqueuse vaginale

affaissée; mais, dans la plupart des cas, la paroi vésicale ou la paroi rectale ou les deux à la fois sont venues se surajouter à ce prolapsus vaginal; la vessie entraînée s'est renversée au dehors de la vulve, et a formé une tumeur, qui se prolonge au-dessous de l'urèthre; la paroi rectale, ayant suivi l'impulsion du glissement de la muqueuse vaginale, est descendue peu à peu pour arriver à constituer une poche plus ou moins volumineuse hors de la vulve. Ces divers symptômes ne représentent que des étapes, et la matrice elle-même, soit en même temps, soit postérieurement, s'est prolabée. Petit à petit elle a commencé à abandonner sa situation intra-pelvienne, pour progresser de proche en proche jusqu'à la vulve, et finir par la franchir.

Le toucher vaginal, aidé au besoin du toucher rectal et de l'exploration de l'urèthre au moyen d'une sonde, permettra, comme d'ordinaire, de reconnaître à quel ordre de lésions on a affaire. La lecture de nos observations n'offre à ce point de vue rien de particulier. Tantôt on constate la chute du vagin seul (Macan, Jayle), tantôt le prolapsus utérin isolé (Heath, Ashe, Terrier); d'autres fois il y a en même temps, soit de la cystocèle (Terrillon), soit de la rectocèle (Boursier), soit enfin à la fois l'une et l'autre (Duplay), sans que, de l'examen des faits relatés, puisse se dégager aucune règle fixe, qui vienne expliquer la diversité de ces lésions. La matrice cependant n'ap-

paraît jamais à la vulve brusquement et d'une seule traite, comme dans les prolapsus aigus dus à un effort, à une chute, à un traumatisme quelconque ; elle descend progressivement et plus ou moins vite, en rapport avec la cause qui la produit. Le prolapsus utérin, dans les cas que nous rapportons, se présente, la plupart du temps, complet, les malades se décident à consulter une époque où l'affection est déjà ancienne.

L'âge ne semble pas avoir grande influence sur son apparition, des femmes jeunes, adultes ou vieilles, sont susceptibles de voir survenir à un moment donné cette complication.

Mais à ces divers symptômes peuvent s'en adjoindre d'autres, qui attirent plus ou moins l'attention, selon qu'ils sont plus ou moins marqués : Des modifications de la menstruation, des douleurs bien localisées à tel ou tel endroit de l'abdomen, des hémorrhagies, l'augmentation du volume du ventre, des troubles dyspeptiques ou même psychiques, qui doivent mettre en éveil, et faire supposer qu'il y a autre chose ; que la chute de la matrice n'est pas tout, qu'elle est l'effet et non la cause de la maladie ; voilà le point important.

Mais pour éviter l'erreur il faut s'astreindre à plus encore ; et, alors même qu'aucune raison n'inciterait à supposer l'existence d'un kyste ou d'un fibrome, sachant que le prolapsus peut être symptomatique d'une tumeur utérine ou annexielle, on doit toujours songer à cette éventualité, insister

avec grand soin sur l'interrogatoire de la malade, et rechercher par un examen attentif le bien ou le mal fondé de cette hypothèse ; la malade sera couchée sur le dos, ou mieux mise en position décline, les cuisses relevées et les jambes fortement fléchies, de manière à pratiquer librement et minutieusement la palpation des diverses régions de l'abdomen. Si l'on a cette possibilité de l'existence d'une tumeur, cause du prolapsus, toujours présente à l'esprit, on évitera, ou du moins on aura tout fait pour éviter une erreur, blessante pour l'amour-propre du praticien et souvent préjudiciable à la malade, erreur de pronostic et de traitement.

Le pronostic immédiat, en effet, ne se trouve-t-il pas déjà fort assombri du fait, que la chute de la matrice n'est que la complication d'une autre lésion préexistante. Voyons maintenant pour l'avenir. Que le diagnostic de tumeur ne soit pas porté, et c'est le champ libre laissé à son évolution ; peut-être, au moment où l'on finira enfin par faire d'un prolapsus idiopathique un prolapsus symptomatique, les conditions pour une intervention seront-elles moins bonnes, et la malade affaiblie moins apte à en courir les risques. Peut-être encore, de bénigne qu'elle était, la tumeur aura-t-elle dégénéré ; ne signale-t-on pas quelques cas de cette transformation en néoplasmes de mauvaise nature.

Quoi qu'il en soit, c'est la porte ouverte à toutes

les hypothèses de complications, plus ou moins importantes, plus ou moins désastreuses, mais toujours graves, en outre des souffrances physiques et morales imposées à la malade.

Quant au traitement nous verrons, dans le chapitre suivant, en quoi un diagnostic incomplet et erroné peut le rendre inutile ou même nuisible.

CHAPITRE IV

Traitement.

Au Congrès de chirurgie d'avril 1893, M. le professeur Boursier, de Bordeaux, après avoir rapporté l'observation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, avec prolapsus de l'utérus, colpo-cèle postérieure et rectocèle, pour lequel il avait été appelé à pratiquer l'ovariotomie (Obs. XIV), disait : « Nous devons ajouter, en insistant sur ce point, que le prolapsus utéro-vaginal, réduit au moment de l'opération, ne s'est pas reproduit, ni les efforts de défécation répétés et très énergiques, ni la marche, n'ont amené jusqu'à ce jour aucune reproduction de la procidence, qui, avant l'opération, constituait pour la malade une gêne de tous les instants » ; et il terminait par ces mots : « C'est sur le traitement, que demande cette sorte de prolapsus, que je veux attirer votre attention, ou plutôt sur leur guérison spontanée possible par le fait de l'ovariotomie. »

Les observations (II, III, V, VII, XXII, XXIII), de MM. Duplay, Pozzi, Brenœck, Terrier, Jayle, que nous avons pu réunir, nous amènent à une constatation analogue.

Dans les cas d'Olshausen (IX), Demons (XVI), Picqué (XVII) et Villeneuve (XX), l'hystéropexie a été pratiquée à titre complémentaire, et les suites furent également satisfaisantes. Deux fois seulement le prolapsus a récidivé (VI et XXI), les autres observations, dans lesquelles la malade a survécu à l'ablation de la tumeur, ne nous fournissant à cet égard aucun renseignement.

Il est à remarquer, que la matrice réduite à conserve, grâce à l'extirpation du kyste ou du fibrome, sa situation normale intra-pelvienne, quel que soit l'âge, à laquelle l'intervention ait été décidée ; l'observation V ne porte-t-elle pas sur une malade de 72 ans.

De l'examen de ces résultats découlent d'importantes constatations. Un traitement chirurgical bien approprié est susceptible de faire disparaître, d'une façon définitive, indirectement et chemin faisant, si l'on peut dire, une infirmité pénible et dangereuse. En une seule fois, débarrasser l'organisme d'une tumeur et remettre en bonne situation un organe déplacé, limiter par surcroît la durée de l'opération et l'action du bistouri au strict nécessaire ; n'est-ce pas vers un tel but, que doivent tendre tous les efforts. Des avantages, déjà si notables, acquièrent, par le concours

de circonstances particulières, l'insuffisance cardiaque, la vieillesse par exemple, une importance plus considérable encore. Soit par le fait de l'âge, ou pour tout autre motif, quand la malade débilitée n'offre plus qu'une faible résistance, et quand des indications formelles contraignent néanmoins à pratiquer une opération radicale, n'est-il pas à considérer de retirer d'une seule intervention un double profit, sans que les risques à courir pour la patiente se trouvent de ce chef augmentés.

Autant un diagnostic complet et par suite un traitement efficace entraînent d'heureux effets, autant apparaissent graves les conséquences d'une thérapeutique mal appropriée. De sérieux inconvénients sont dans ce cas à redouter, tous, à des degrés divers, préjudiciables à la malade.

L'indication unique de soutenir, sans plus, l'utérus prolabé conduit alors par exemple à la simple prescription d'un pessaire ; mais quels ennuis multiples, quels dangers même le port constant d'un tel appareil n'a-t-il pas maintes fois occasionnés, en supposant déjà qu'il soit toléré. Encore s'il remplissait son rôle, mais petit à petit, la cause subsistant, la tumeur continuant d'exercer son action néfaste, l'inefficacité s'en accentue de jour en jour jusqu'au moment où, définitivement insuffisant, il faut enfin songer à une solution plus énergique. Mais pendant que progressivement l'échec du traitement médical acculait à la nécessité de recourir à une thérapeutique chirurgicale,

l'évolution de la maladie continuait ses ravages, et le pronostic, du fait de cette temporisation, s'aggravait. Perte de temps, souffrances inutiles, risques opératoires plus grands, pour en arriver presque toujours, et malgré tout, à une intervention inéluctable, voilà le bilan de cet atermolement.

A ce moment en général des symptômes plus apparents permettraient, semble-t-il, de compléter le diagnostic porte et de décider enfin l'opération indispensable et vraiment efficace. Combien plus dangereuse serait alors l'erreur, qui amènerait à s'en tenir à consolider le périnée, ou à rétrécir le vagin, à une colpo-périnéorrhaphie par exemple. Nouvel et déplorable insuccès probable : « Après opération, dit M. le Dr Schwartz, lorsque nous avons observé une récurrence, presque toujours nous avons laissé passer inaperçu un des facteurs du déplacement. Tel est le cas d'une de nos opérées, chez laquelle la rechute se produisait six mois après une large colpo-périnéorrhaphie avec élytrorrhaphie. Nous reconnûmes, qu'il se développait dans l'utérus un fibrome, qui ne s'était pas manifesté alors ».

Pratiquer, de parti pris, un examen clinique méticuleux et complet du sujet ; ne pas oublier que si derrière une procidence évidente, il se peut, qu'il n'y ait rien, il est aussi possible qu'il y ait quelque chose, c'est une règle stricte, dont sans péril on ne saurait se départir. Sans doute,

comme dans le cas de M. le Dr Schwartz, une tumeur à son début, et qui n'a encore donné lieu à aucune manifestation clinique, échappera forcément à toute investigation, mais à l'impossible nul n'est tenu, et le plus souvent on aura le plaisir de voir un succès, qui ne se démentira pas, venir couronner un traitement justifié.

Le plus souvent, mais non toujours, car il ne faudrait pas croire, que, dans tous les cas, l'ablation de la tumeur, dont résulte le prolapsus génital, aura pour conséquence nécessaire sa réduction définitive. Nos observations VI (Brenœcke) et XXI (personnelle) suffiraient à détruire l'absolu d'une telle assertion. Mais commencer sans exception par traiter d'abord la cause, avant de s'attaquer à l'effet, telle doit être la marche logique de l'intervention, ce qui ne veut pas dire que, la procidence génitale persistant, et ayant acquis, en quelque sorte, une autonomie propre, il n'arrivera pas d'être contraint de recourir dans un second temps, mais alors seulement, à une opération nouvelle pour suppléer à l'insuffisance de la première.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Heath).

Empruntée au mémoire de M. Boursier, professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Heath, chirurgien anglais, a communiqué à la Société pathologique de Londres, dans la séance du 6 décembre 1870, un cas de kyste de l'ovaire compliqué de chute de l'utérus. Il ne donne aucun renseignement sur la nature et les caractères du kyste ; il note seulement que la chute de l'utérus s'était produite au mois d'octobre précédent, et que la réduction de cette procidence était très difficile, probablement à cause de l'existence du kyste. La malade mourut de pyélite chronique. Le prolapsus est donc là, un des accidents ultimes de la maladie (1).

1. Heath. *British medical Journal*, 1870. Décembre, page 669.

OBSERVATION II (Prof. Duplay).

Kystes multiloculaires des deux ovaires—Ascites.

La nommée E..., âgée de 41 ans, marchande, est entrée dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, le 19 septembre 1879. Elle m'est adressée par le Dr Pasquier (d'Evreux). Réglée à 10 ans et demi, mariée à 22 ans, cette femme n'a jamais été enceinte. Sauf une fièvre typhoïde dont elle a été atteinte à l'âge de 25 ans, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a dix-huit mois les règles ont cessé de paraître, sans cause appréciable, et ne se sont plus jamais montrées depuis. A cette époque, la malade a été prise de dyspepsie, de vomissements, de constipation persistante, et en même temps le ventre a commencé à augmenter de volume, surtout du côté droit. Malgré un traitement par les drastiques et les diurétiques, le ventre a continué à se développer, au point d'empêcher la malade de prendre le moindre exercice. D'ailleurs des douleurs vives, augmentant par les mouvements, se montrèrent dès le début.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, nous constatons un développement énorme de l'abdomen : l'ombilic forme une saillie considérable : les veines sous-cutanées sont largement dilatées : matité absolue excepté dans la partie la plus reculée des flancs, fluctuation évidente et dans tous les sens. La tension du ventre est telle qu'il est impossible de l'explorer profondément, et d'autre part l'existence d'un prolapsus

complet de l'utérus avec cystocèle et rectocèle vaginale ne permet pas l'exploration par le vagin.

Je me borne à établir le diagnostic d'ascite en réservant de le compléter après une ponction. Celle-ci, pratiquée le lendemain, à l'aide de l'appareil aspirateur, donne issue à onze litres d'un liquide jaunâtre, citrin, non filant, ayant tous les caractères de la sérosité péritonéale.

Deux jours après, un nouvel examen permet de constater outre une légère reproduction du liquide ascitique, la présence d'une énorme tumeur remplissant toute la moitié inférieure de l'abdomen et remontant sur la ligne médiane jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur entièrement mate, de forme assez exactement arrondie, présente une surface régulière, uniforme. Elle est *rénitente*, vaguement fluctuante et paraît se déplacer assez facilement dans tous les sens. Après avoir réduit l'utérus prolabé, on constate par le toucher que l'utérus est volumineux, altéré dans sa forme; il présente sur sa face postérieure un certain nombre de petites bosselures très dures, de consistance presque fibro-cartilagineuse. Les mouvements imprimés à l'utérus sont transmis à la tumeur abdominale et réciproquement.

Le 28 septembre, je pratique une nouvelle ponction sur la ligne médiane à l'aide de l'appareil aspirateur, dans le but de reconnaître la nature de cette tumeur; Cette ponction donne issue à trois litres et demi d'un liquide verdâtre, foncé, très légèrement filant et collant aux doigts.

Deux jours après, une nouvelle exploration permet de reconnaître du côté de l'abdomen une portion de la tumeur dont la ponction a diminué le volume, mais qui conserve

en partie ses caractères, donnant la sensation d'une masse polikystique. Par le toucher vaginal, on trouve toujours l'utérus très volumineux, il semble que le cul-de-sac postérieur soit occupé par une masse très dure hérissée de petites bosselures de consistance fibreuse, et en continuité immédiate avec la face postérieure du corps de l'utérus.

Le diagnostic fut donc ainsi définitivement établi : Kyste multiloculaire de l'ovaire (probablement droit), compliqué de corps fibreux utérins et d'ascite.

L'opération fut faite le 23 octobre dans la maison de santé de l'avenue du Roule.

Après anesthésie complète, incision de 34 centimètres environ au-dessous de l'ombilic. Le péritoine, mis à nu, est ponctionné avec la pointe du bistouri afin de donner issue au liquide ascitique dont il s'écoule environ six litres, puis le péritoine est largement ouvert dans l'étendue de la plaie abdominale. Ponction du kyste avec le gros trocart aspirateur donnant environ six litres de liquide.

La poche kystique, dont les parois sont extrêmement épaisses, est alors attirée à l'extérieur, mais elle présente de nombreuses et solides adhérences, d'abord à la paroi abdominale antérieure, puis à une anse intestinale, enfin et surtout du côté du bassin. Celles-ci ne peuvent être détruites qu'après avoir préalablement divisé entre deux pinces la trompe qui se présente en avant de la masse. On énuclée alors, pour ainsi dire, la tumeur qui adhère solidement en arrière à l'excavation pelvienne, et en avant à la face supérieure de la vessie.

La masse kystique étant enlevée, on trouve, remplissant l'excavation pelvienne et en partie la fosse iliaque droite,

une seconde tumeur ; grosse comme les deux poings, inégale, bosselée, surmontée à sa surface de petites excroissances verruqueuses, d'une extrême dureté, ne paraissant pas pédiculée et non mobile. C'est évidemment cette seconde masse polykystique, qui avait été prise pour l'utérus chargé de corps fibreux.

Je procède immédiatement à l'énucléation de la tumeur, qui adhère fortement, non seulement au bassin, mais encore à la vessie. Je parviens cependant, non sans difficultés, à détacher des adhérences, et, en m'aidant d'un doigt introduit dans le vagin, je réussis à refouler la tumeur de bas en haut, à la dégager de l'excavation pelvienne et finalement à l'amener entre les lèvres de la plaie abdominale. Le pédicule, constitué par la trompe droite, est coupé au-dessus d'une ligature métallique placée sur une broche. On assure également la trompe gauche à l'aide d'une ligature métallique, et les deux trompes constituant un pédicule, en somme, médiocrement volumineux, mais assez court, sont liées ensemble. Une seule ligature perdue a été faite avec un fil de catgut sur une adhérence saignante.

Après la toilette du péritoine, la plaie est fermée par sept points de suture profonde, avec points superficiels intermédiaires. Pansement ordinaire avec compression ouatée.

L'opération a duré deux heures.

Les suites ont été des plus simples ; le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de 98°, et la température n'a pas dépassé 38°,4 durant les cinq premiers jours. La malade a à peine souffert ; il n'y a pas eu de vomissements. A partir du cinquième jour, on commence à enlever les sutures. Les broches et les ligatures métalliques sont tombées spontanément

le onzième jour. La malade a été à la garde-robe et a commencé à uriner seule le huitième jour. Enfin elle se levait le dix-huitième jour et sortait complètement guérie, trente-trois jours après l'opération.

J'ai, depuis, reçu plusieurs fois de ses nouvelles : sa santé générale est parfaite, elle a repris de l'embonpoint et des forces. Ses règles n'ont pas reparu. Il est bon de noter que le prolapsus utérin, avec cystocèle et rectocèle vaginale, s'est trouvé complètement guéri par le fait de l'opération (1).

OBSERVATION III

(D^r J. Pozzi).

Tumeur de l'ovaire. Prolapsus utérin. Fixation du pédicule ovarique à la plaie.

La nommée And..., 56 ans, journalière, entre le 18 avril 1882, salle Cochin n° 27.

Santé antérieure excellente. Elle a eu plusieurs grossesses. Toujours bien réglée, mais ses règles ont cessé depuis 6 ans, au moment de son entrée à l'hôpital. Depuis un an elle ressent de la pesanteur, des douleurs lombaires et périnéales. Il y a quelques mois, le prolapsus utérin apparut et augmenta toujours depuis cette époque. En même temps, le ventre devint plus volumineux et son volume continua à s'accroître

1. S. Duplay. *Archives générales de médecine*, 1879. Vol. I. VIII, série, p, 475.

graduellement, en déterminant en même temps des phénomènes de compression. Cet état s'est maintenu pendant 10 mois environ, sans que la malade ait jamais eu de nausées ou des vomissements. Examen fait le 18 avril 1882. Emaciation considérable, anorexie, dyspepsie, constipation opiniâtre, augmentation de volume du ventre, surtout à gauche. Percussion et palpation douloureuses.

Dureté et résistance des parois abdominales : fluctuation nette à la percussion, matité dans la fosse iliaque gauche. Prolapsus génital considérable, cystocèle, pollakiurie.

Une ponction fut faite le 25 avril et donna issue à 6 litres environ de liquide.

Le 8 mai 1882, M. le professeur Pozzi fait l'ovariotomie. Le kyste est accolé à la corne gauche de l'utérus, dans l'épaisseur du ligament large, et la trompe gauche est tout entière adhérente à la paroi antérieure, sur laquelle elle est étalée. Ablation du kyste, fixation du pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale afin de prévenir le retour du prolapsus génital. Suites opératoires excellentes. La malade sort de l'hôpital, vingt-cinq jours après l'opération (1).

1. Jouve, Thèse de Paris 1893. L'observation ci-dessus est le résumé de l'observation complète que M. le professeur Pozzi avait communiquée à M. Dumont.

OBSERVATION IV (Ashe).

En 1883, le Dr Ashe adressa à l'Académie de médecine d'Irlande (séance du 27 avril), un cas de prolapsus causé par un énorme kyste de l'ovaire, et qu'il faut connaître à cause de la rareté de cette complication.

La malade, jeune Cinghalaise, de petite taille, habitant à Candy, dans l'île de Ceylan, âgée de 26 ans, était atteinte depuis près de trois ans d'un volumineux kyste de l'ovaire, qui remplissait tout l'abdomen. La distension du ventre était telle que la peau était partout tendue, lisse et brillante. La circonférence au niveau de l'ombilic atteignait 1 m. 15. Le cœur était très faible, les jambes et les poumons œdématisés, la malade profondément cachectique. Deux mois avant que cette femme ait été présentée au Dr Ashe, elle avait vu commencer le prolapsus utérin, qui était devenu complet au moment de l'examen. Tout l'utérus était au dehors. Il y avait même deux petites ulcérations sur la surface de la tumeur prolabée. Malgré deux ponctions du kyste, qui avaient amené un affaïssissement considérable du volume du ventre, il fut toujours impossible de réduire le prolapsus par suite de l'adhérence d'une portion dure et solide de la tumeur aux parois de la cavité pelvienne. La malade mourut peu après de cachexie (1).

1. Ashe. *The Dublin Journal of medical Sciences*, 1883, T. II, p. 153. Observation empruntée au *Mémoire* de M. le Dr Boursier.

OBSERVATION V (Brenœcke).

Tumeur kystique de l'ovaire droit. Prolapsus utérin. Fixation du pédicule ovarique à la plaie.

Malade âgée de 72 ans, atteinte d'une vaste tumeur ovarienne du côté droit, et souffrant d'un prolapsus utérin complet, occasionné par un énorme kyste, qui s'étend profondément dans le bassin.

Le pédicule de l'ovaire enlevé du côté droit fut suturé à la plaie abdominale dans le but de guérir le prolapsus. Il se produisit dans l'angle inférieur de l'incision, une légère suppuration qui se prolongea pendant quelques semaines ; après que la suppuration eut cessé, la malade se porta très bien (1).

OBSERVATION VI (Brenœcke).

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche, prolapsus utérin. Fixation des cornes utérines à la paroi abdominale.

Malade de 36 ans, opérée pendant l'hiver de 1885, atteinte d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche ayant les dimensions

1. Kelly. *The American, journal obstetrics*. Janvier 1887, p. 44. Il avait eu connaissance de cette observation au cours d'un entretien avec Brenœcke de Magdebourg.

d'une tête d'enfant. Elle souffrait d'un prolapsus. L'opération fut très laborieuse, suture des deux cornes utérines à la paroi abdominale. Reproduction du prolapsus après quelques semaines.

OBSERVATION VII

(Prof. Terrier).

Cette observation a été publiée par M. le professeur Terrier dans la *Revue de Chirurgie* (4^e série de 25 ovariectomies); elle porte le n° 83. Comme dans le cas de M. Duplay, c'est encore un fait de kyste des deux ovaires, dont l'un était enclavé dans le bassin et qui s'accompagnaient d'une ascite, à la vérité, peu abondante. Le volume du ventre était très considérable et la malade notablement affaiblie. Les dimensions énormes de l'abdomen et l'ascite avaient déterminé un prolapsus utérin qui se réduisit spontanément pendant l'opération de l'ovariectomie, et qui se maintint, réduit ultérieurement (1).

OBSERVATION VIII

(Macan).

Cette observation se trouve dans les comptes-rendus de l'Académie de Médecine d'Irlande. Celle-ci, malheureusement incomplète, a été communiquée par le Dr Macan dans la séance du 10 juin 1887.

1. Terrier. *Revue de Chirurgie*, 1886, p. 174. Observation empruntée au Mémoire de M. le Dr Boursier.

Une femme de 41 ans possédait depuis trois ans une tumeur ovarienne. Brusquement le volume du ventre s'accroît à un tel point que la marche devient impossible. La distension abdominale avait été si grande, que le vagin tout entier était complètement prolapsé et ne pouvait être replacé, même quand la malade était au lit.

L'ovariotomie démontra la présence d'une ascite gélatineuse considérable due à la rupture d'une des loges d'un kyste multiloculaire de l'ovaire.

L'auteur n'indique pas les suites de l'opération, ni au point de vue de la malade, ni au point de vue du prolapsus (1).

OBSERVATION IX

(Olshausen).

*Tumeur de l'ovaire, prolapsus utérin, hystéropexie
complémentaire.*

Vieille femme atteinte de prolapsus avec tumeur ovarienne (probablement kystique), prolapsus considérable. Ovariectomie. Suture du pédicule. Le fond de l'utérus était encore au-dessus de la symphyse dix-huit mois après l'opération, immédiatement derrière (2).

1. Macan. *The Dublin Journal of medical Sciences* 1887.
T. II, p. 422.

2. Olshausen. *Über ventrale operation dei prolapsus und Retroversio uteri*, in *Centralblatt für Gynækologie*, 23 octobre 1886, n° 43, p. 698.

OBSERVATION X

(Schrøder).

Dans son *Traité des maladies des femmes*, Schrøder dit qu'il y a plusieurs fois, à propos d'une ovariectomie, fixé à une grande hauteur, par des sutures dans l'incision abdominale, l'utérus prolapsé. Il nous a été impossible de trouver de plus amples renseignements à ce sujet (1).

OBSERVATION XI

(J. R. Weitt).

*Tumeur de l'ovaire. Prolapsus concomitant. Ovariectomie.
Suture du pédicule à la paroi abdominale.*

Cette observation ne nous est connue que par son titre. Elle est indiquée par Kelly (*loc. cit.*) et aurait été publiée en 1888 par le Dr Weitt dans le *Pittsburg medical Review*, (vol. I, p. 280, n° 11). Cette observation a été aussi citée par M. le professeur Pozzi dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, vol. XIV, p. 944.

1. Schrøder. *Maladies des organes génitaux de la femme*, p. 216. Trad. Lanwers et Hertzog.

OBSERVATION XII

(Werth).

Tumeur ovarienne. Prolapsus concomitant hystéropexie.

M. le professeur Pozzi cite ce cas sans donner de plus amples détails.

OBSERVATION XIII

(D^r Terrillon).

*Kyste ovarique, dégénérescence graisseuse de la paroi,
ascite, prolapsus utérin.*

La nommée P..., concierge âgée de 70 ans, entre le 19 janvier 1887, dans le service de M. le D^r Terrillon, salle Lallemand, no 9.

Son père et sa mère sont morts de la poitrine ; un frère et une sœur, d'affections indéterminées. La malade a été réglée à 20 ans, mais les règles n'ont jamais été régulières ; elles venaient tous les deux ou trois mois, et une fois même la malade n'a pas été réglée pendant six mois ; malgré cela sa santé a toujours été bonne. Elle a eu trois enfants qu'elle a nourri. Ménopause à 40 ans. La malade entre pour une

énorme tumeur du ventre, elle raconte que la maladie a débuté de la manière suivante :

Il y a huit ans, le ventre a commencé à grossir et en trois ou quatre ans il avait pris un volume assez considérable : il était alors gros comme le ventre d'une femme enceinte de six mois, dit-elle. Depuis cette époque le ventre a augmenté peu à peu sans que la malade, éprouve de douleurs ; mais il y a trois mois, au dire de la malade il a augmenté de volume considérablement en très peu de temps et la santé s'est altérée ; la respiration fut gênée, la marche très pénible, ce qui a décidé la malade à entrer à l'hôpital de la Salpêtrière.

Etat actuel. — 20 février, le ventre est très dilaté, de forme ovoïde, à grand axe vertical ; le gonflement remonte très haut et les côtes sont refoulées en dehors. La cicatrice ombilicale est dépliée et forme une petite tumeur du volume d'une grosse noix. A la surface de la tumeur, on aperçoit de grosses veines dilatées, principalement dans la partie gauche de l'abdomen ; la peau est lisse et luisante.

A la palpation, on trouve la paroi abdominale très tendue, la peau glisse sur la tumeur. On sent une fluctuation très nette, qui se transmet dans tous les sens.

A la percussion, matité absolue s'étendant sur la ligne médiane, depuis la symphise jusqu'à cinq travers de doigt de l'ombilic ; de chaque côté, la matité descend dans les fosses iliaques. Tympanisme dans toute la région située entre l'appendice xiphoïde et la base du thorax en haut, se prolongeant latéralement sur tout le contour supérieur de la tumeur. Celle-ci détermine en outre des phénomènes de compression : la circulation des membres inférieurs est

très gênée ; depuis deux ou trois ans les jambes sont enflées ; tantôt elles restent enflées une semaine ou quinze jours, puis désenflent et s'œdématisent de nouveau. La défécation n'est pas gênée, l'appétit est conservé.

La miction est gênée par suite d'un prolapsus utérin et d'une cystocèle survenus chez la malade. La respiration est haletante. Au moindre mouvement, comme pour descendre de son lit par exemple, la malade est essouffée. Les mouvements respiratoires sont accompagnés de gargouillement dans la cavité abdominale. Le pouls est régulier ; les bruits du cœur ne sont pas bien frappés, surtout au niveau de l'orifice aortique. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Tout l'utérus est au dehors de l'orifice vulvaire ainsi qu'une partie de la vessie. A la surface de cette tumeur formée par la vessie et l'utérus, qui a le volume du poing environ, on voit deux points exulcérés de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; à la partie antéro-inférieure se trouve le col utérin qui est très dilaté.

Le 26 février on fait une ponction sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Issue de quatre litres de liquide un peu brun, visqueux. Le ventre ne se trouve pas beaucoup diminué en volume, et la respiration n'est pas beaucoup améliorée. Au moment où on retire la canule, il s'écoule par la plaie un jet de liquide ascitique, fortement coloré par le sang.

Pour arrêter cet écoulement on met une épingle sur la plaie, avec un fil de soie.

Le 27. — La malade a dormi toute la nuit, elle respire beaucoup plus facilement.

Le 10 mars. — Ovariectomie faite par M. le Dr Peyrot, aidé de MM. les Drs Terrillon et Schwartz.

Incision de l'ombilic aux ciseaux ; il s'écoule une grande quantité de liquide ascitique sanguin. La paroi abdominale est ouverte sur une étendue de 35 centimètres avec les ciseaux. Pas de ponction du kyste. Une adhérence en bas à la corne utérine, une adhérence en haut à l'épiploon ; gros pédicule, on le lie avec trois gros fils de soie. Lavage du petit bassin et des flancs avec 10 litres d'eau bouillie. On fait 13 sutures profondes. La durée de l'opération a été de 40 minutes.

Le kyste présente les caractères suivants : il est multiloculaire, formé d'une grande loge, du volume d'une tête d'adulte et de plusieurs petites loges. Leurs parois sont très épaisses et la paroi de l'une d'entre elles est en dégénérescence graisseuse ; le liquide du kyste renferme beaucoup de globules de graisse et de cholestérine (1).

OBSERVATION XIV (Dr Boursier).

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec ascite gélatineuse.

Prolapsus de l'utérus et de la paroi postérieure du vagin avec rectocèle. Ovariectomie. Guérison.

Mme F..., âgée de 44 ans, mariée, mais n'ayant jamais eu d'enfants a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en 1888. A cette époque elle commença à ressentir des douleurs dans les reins avec sensation de tiraillement et de poids

1. Gundelach. Thèse de Paris, 1887. Observation recueillie dans le service de M. le Dr Terrillon.

dans le bas-ventre. Malgré le port d'une ceinture que je lui conseillai alors sans avoir pu l'examiner, les douleurs continuèrent avec les mêmes caractères, et le ventre parut devenir plus dur, sans qu'elle eût constaté encore aucun accroissement de volume.

Les choses restèrent en l'état jusqu'au début de l'année 1891. A ce moment la malade s'aperçut qu'elle avait un début de chute vaginale et comme cette procidence avait une tendance à s'accroître, elle fit appeler, en février 1891, un de nos confrères qui l'examina, constata l'existence d'un prolapsus partiel de la paroi vaginale postérieure, sans abaissement marqué de l'utérus et prescrivit un pessaire Dumontpallier. Grâce à cet appareil la chute vaginale fut momentanément arrêtée ; les douleurs de reins, qui, depuis quelque temps s'accompagnaient d'irradiations douloureuses vers l'anus s'améliorèrent et la marche devint plus facile. Mais ce soulagement ne fut que de courte durée, et quelques mois plus tard (avril 1891), la malade eut recours à un autre médecin. Celui-ci constata l'augmentation de la procidence vaginale, et de plus un certain degré d'abaissement de l'utérus avec rétroversion marquée. Il découvrit en outre que la malade portait dans le flanc gauche une tumeur indolore et mobile, peu développée, et pensa à un néoplasme de l'intestin. Il déconseilla toute intervention chirurgicale, et comme la malade se plaignait de constipation, de dyspepsie et de flatulence, il se borna à lui prescrire quelques cachets de pep-sine et des purgatifs répétés.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut un peu d'amélioration, et le gonflement du ventre, survenu depuis quelque temps, et que Mme F... attribuait à la dyspepsie, sem-

bla diminuer. Ce n'était là qu'une apparence, car peu après les phénomènes reprirent leur marche lentement progressive.

L'accroissement du ventre s'accrut insensiblement, mais il n'y eut aucun incident nouveau jusqu'au mois de juin 1892.

A ce moment, en quelques semaines, tous les symptômes s'accusent. Le volume du ventre s'accroît rapidement, mais sans douleur. La chute du vagin s'exagère à tel point, que, pour pouvoir marcher, la malade est obligée de maintenir entre ses jambes une serviette, qui comprime et contient sa tumeur vaginale. Bientôt, en août 1892, le pessaire est définitivement abandonné, car il ne peut plus tenir en place. De plus à mesure qu'il est plus volumineux, le ventre semble devenir moins résistant et plus mou. La marche est douloureuse, et la malade, qui exerce la profession de repasseuse, ne peut bientôt presque plus travailler.

Cet état persista jusqu'au début de cette année, où je fus de nouveau appelé.

A mon premier examen je trouve Mme F..., que je n'avais pas vue depuis plusieurs années notablement amaigrie. La figure est émaciée, les traits tirés, mais le regard est excellent. Elle n'a jamais eu de fièvre, jamais d'œdème des jambes et à part quelques troubles dyspeptiques déjà signalés, quelques douleurs intestinales qu'elle attribue à sa constipation, bien que celle-ci ait un peu diminué, son état général est excellent. Elle n'a jamais eu de troubles urinaires, ses urines d'aspect normal ne contiennent ni sucre ni albumine. Enfin la menstruation est toujours restée régulière.

Le ventre est extrêmement volumineux, arrondi, pointant

en avant et présentant à peu près l'aspect d'une grossesse à terme. A la palpation, je constate une paroi abdominale très tendue avec une vascularisation veineuse assez développée, pas d'œdème.

Dans toute la région sous-ombilicale existe une fluctuation très nette, très large, très superficielle, qui prouve l'existence d'un épanchement ascitique assez considérable. Une palpation profonde, rendue plus difficile par l'état de tension des parois, permet de reconnaître la présence d'une tumeur abdominale à peu près médiane, mobile, dont on ne peut délimiter exactement les dimensions, et qui semble flotter au milieu du liquide. Cette tumeur donne très nettement la sensation de ballottement.

A la percussion on trouve dans toute la région sous-ombilicale, une matité absolue limitée par une ligne concave en haut et se prolongeant dans les flancs. Au-dessus existe la sonorité abdominale habituelle. Mais fait important et déjà signalé dans certains cas, le son de matité ne se déplace pas dans les différentes positions.

Du côté des organes génitaux, je trouve un prolapsus vaginal très considérable ; la paroi vaginale postérieure fait, au dehors de la vulve, une saillie arrondie de 8 à 10 centimètres. Le toucher rectal démontre que le rectum est en partie entraîné. L'utérus est fortement abaissé, le col affleure à l'orifice vulvaire. La paroi vaginale antérieure n'a subi presque aucun entraînement et le doigt introduit dans le-cul-de-sac antérieur permet de constater qu'il n'y a pas de cystocèle. Tout ce prolapsus génital est assez facilement réductible, mais il ne reste pas réduit et se reproduit immédiatement, même dans la position horizontale. Le toucher vagi-

nal, pratiqué pendant que l'utérus est maintenu réduit, démontre qu'il n'y a aucune connexion entre cet organe et la paroi abdominale.

Comme l'abondance de l'ascite et la distension des parois du ventre empêchent d'apprécier exactement les caractères de la tumeur, je propose une ponction abdominale pour pouvoir faire un examen plus complet.

Cette ponction est pratiquée le 24 janvier, et donne issue à 9 litres passés d'un liquide jaunâtre, épais, filant, gélatineux ayant tout à fait l'aspect d'un liquide de kyste ovarien. D'ailleurs, l'analyse pratiquée par notre collègue et ami Denigès, professeur agrégé¹ de chimie, démontre que cette analogie est complète.

La ponction peu douloureuse par elle-même est suivie de phénomènes un peu inquiétants ; dans la journée, la malade souffre beaucoup du ventre et pendant deux jours, elle a des vomissements alimentaires assez multipliés, puis tout rentre dans l'ordre. Dans les quelques jours qui suivent le liquide se reproduit avec assez de rapidité, et trois semaines après environ, le ventre a repris le volume qu'il avait avant la ponction.

Avant cela, j'avais pu pratiquer un examen complet de la tumeur ; elle était irrégulièrement arrondie, mobile, transversalement située au-devant de la colonne vertébrale, débordant surtout sur le côté gauche. Sa surface est lisse mais un peu inégale. Elle est absolument mate et la palpation y révèle une fluctuation très nette, principalement en haut et à gauche, elle n'a aucune relation avec l'utérus.

De tous les symptômes ci-dessus énoncés, j'avais à peu près conclu que j'étais en présence d'un kyste de l'ovaire mul-

tiloculaire avec ascite gélatineuse. Cependant les caractères de ce liquide pouvaient laisser quelques doutes et faire croire aussi à la possibilité d'un grand kyste de l'ovaire contenant une partie aréolaire solide qui flotterait dans la poche principale.

Mon confrère et ami Eugène Monod, appelé en consultation, pour éclaircir ce doute, confirma mon premier diagnostic. Nous conclûmes ensemble, vu l'excellent état général de la malade, que l'extirpation rapide de la tumeur était absolument indiquée.

L'ovariotomie ainsi décidée et acceptée, fut pratiquée le 11 mars 1893, avec l'aide des D^{rs} Eugène Monod et Lacharrière.

L'incision des parois abdominales donna issue à une quantité de liquide ascitique, jaune, épais, gélatineux, en tous points semblable à celui qui avait été retiré par la ponction, que l'on peut évaluer à 8 litres environ. Vu sa consistance et son adhérence, son évacuation complète, spontanée est difficile et, pour l'obtenir, nous sommes obligés d'aspirer avec un appareil Dieulafoy toutes les portions du liquide, qui restent dans les parties déclives du bassin.

On aperçoit alors le kyste, ovalaire, un peu irrégulier de forme et nettement multiloculaire. Une cavité beaucoup plus grande que les autres et située à sa partie antéro-supérieure est ponctionnée avec le trocart de Kerberlé. Le liquide absolument incolore, de consistance colloïde et ressemblant à de la glycérine épaisse, ne peut sortir par le trocart ; il s'écoule en bavant autour de l'instrument. Le kyste est alors attiré entre les lèvres de la plaie et largement incisé pour permettre l'évacuation de son contenu.

La tumeur, ainsi diminuée de volume et constituée dès lors surtout, par une masse aréolaire, ne présente qu'une adhérence très lâche et vasculaire avec la paroi abdominale à peu près au niveau du point où a été faite la ponction de l'ascite.

Cette adhérence, sectionnée entre deux ligatures, la tumeur est rapidement amenée au dehors. Elle est développée aux dépens de l'ovaire gauche ; son pédicule assez large et peu épais est sectionné après avoir été étreint par une double ligature en chaîne avec de la soie stérilisée. La section du pédicule est touchée au thermo-cautère.

Avant de refermer le ventre, je pratique une toilette péritonéale très minutieuse. On trouve encore, malgré tous nos soins, une certaine quantité de liquide ascitique dans les culs-de-sac péritonéaux et surtout dans la cavité de Douglas.

Une suture péritonéale en surjet au catgut, et deux plans de suture au crin de Florence ferment la plaie qui est recouverte d'un pansement iodoformé.

Les suites furent des plus simples. Les vomissements chloroformiques peu abondants se répétèrent pendant près de deux jours. La menstruation parut à la fin du quatrième jour. Il n'y eut aucune fièvre. Le seul incident à noter fut une constipation assez opiniâtre, qui nécessita plusieurs purgatifs. Les sutures ont été enlevées le douzième jour ; la malade a commencé à se lever le lendemain.

Nous devons ajouter, en insistant sur ce point, que le prolapsus utéro-vaginal réduit au moment de l'opération ne s'est pas reproduit. Ni les efforts de défécation répétés et très énergiques, ni la marche n'ont amené jusqu'à ce jour

aucune reproduction de la procidence, qui, avant l'opération, constituait, pour la malade, une gêne de tous les instants (1).

OBSERVATION XV

(Mme Boivin et Dugès).

Hydropisie des ovaires, prolapsus utérin.

La nommée R., âgée de 50 ans, marchande de légumes à la Halle, était sujette, depuis un an seulement, à une descente de matrice, pour laquelle on lui conseilla l'application d'un pessaire ; ce prolapsus avait été précédé de douleurs dans les régions iliaques, et d'un développement progressif du ventre, qui avait acquis déjà un volume considérable, lorsque la malade entra, à la maison de santé, dans les salles du professeur Dumeril.

La tumeur d'une forme ovalaire, offrait le volume d'une petite tête de fœtus à terme, et présentait, à sa face extérieure, la surface muqueuse du vagin. Elle était rougeâtre et, en plusieurs points, largement ulcérée vers sa base. Vers son sommet on remarquait des replis circulaires, et tout à fait en haut une ouverture, qui n'était autre que l'ori-

1. Observation rapportée par M. le Dr Boursier, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, au Congrès de Chirurgie, d'avril 1893.

fice du méat urinaire, par lequel s'échappait l'urine, lorsque l'on comprimait la tumeur.

Il était évident que la précipitation de l'utérus était due en grande partie au développement anormal du ventre. La malade, jusque vers les derniers temps, avait soutenu la matrice au moyen d'une espèce de suspensoir en toile.

En comprimant la tumeur, comme faisait la malade quand elle en sentait la nécessité, je vidai la vessie et j'eus alors la plus grande facilité, à faire rentrer le tout dans l'excavation du bassin. J'essayai de maintenir cet état de choses avec un tampon de charpie enduit de cérat ; mais à peine deux heures s'étaient passées que la tumeur était sortie de nouveau. On fut donc obligé de se borner à la garantir contre l'action des matières nuisibles, au contact desquelles, elle avait été longtemps exposée.

Après quelque temps de séjour à la maison de santé cette femme se plaignit tout à coup de violentes douleurs dans le côté gauche. Elles augmentèrent au point, que la malade mourut en poussant des cris aigus.

Autopsie. — Abdomen. Epanchement d'une grande quantité de liquide sanguinolent dans la cavité du péritoine. Un kyste volumineux, d'un rouge brun, offrait les traces d'une rupture récente et à laquelle se rapportaient clairement les douleurs, qui avaient tourmenté cette femme dans ses derniers moments

Un examen attentif fit voir que, ce kyste était formé par l'ovaire gauche. L'ovaire droit, du volume d'une forte tête de fœtus à terme, contenait un liquide noirâtre, consistant et filant entre les doigts. Le tissu de ces kystes n'était point

de la même épaisseur partout ; ils présentaient également des différences dans leur consistance.

La face postérieure de la vessie était partout adhérente avec la paroi antérieure du vagin, et par conséquent entraînée avec elle dans la masse du prolapsus. Un certain nombre de graviers était mêlé à l'urine. L'utérus, sain du reste, placé presque horizontalement au-dessous de la vessie, le fond en arrière et le col en avant, avait contracté des adhérences avec ce réservoir membraneux ; les bords de l'orifice externe étaient effacés et entourés d'ulcérations (1).

OBSERVATION XVI

(Professeur Demons).

Une femme, âgée de 51 ans, entre à la Maison de santé protestante de Bordeaux, le 27 mai 1890, pour un kyste multiloculaire de l'ovaire datant environ d'un an. Elle avait en même temps un prolapsus de l'utérus avec cystocèle vaginale, dont elle s'était aperçue depuis quatre ou cinq mois, et qui augmentait progressivement. L'ovariotomie est pratiquée le 4 juin et, en même temps, le chirurgien fait l'hystéropexie abdominale par le procédé Terrier. La malade a guéri et le prolapsus ne s'est jamais reproduit (2).

1. Mme Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, p. 113, t. 1.

2. Boursier. *Loc. cit.*

OBSERVATION XVII

(D^r Picqué).

Nous regrettons vivement de ne pouvoir citer que le résumé du cas très intéressant de M. le D^r Picqué, chirurgien des hôpitaux. Ce résumé est emprunté au mémoire que M. le D^r Boursier a communiqué au Congrès de chirurgie d'avril 1893.

La malade de M. Picqué était atteinte depuis un temps déjà long d'un kyste végétant, avec ascite très abondante; elle avait en outre un prolapsus utérin complet. En faisant l'ovariotomie, M. Picqué pratiqua, lui aussi, l'hystéropexie abdominale. La malade guérit.

OBSERVATION XVIII (D^r Ricard).

Kyste de l'ovaire, avec prolapsus utéro-vaginal.

La nommée G... Marie, couturière, âgée de 27 ans, vient du département du Morbihan pour être opérée à l'Hôtel-Dieu d'une volumineuse tumeur du ventre.

La malade s'est aperçue depuis six ans que son ventre grossissait progressivement; ses règles disparurent à peu près à la même époque; cependant, jusqu'à il y a sept mois, la santé s'était maintenue parfaite sans fièvre ni douleur. A ce moment la malade commença à être gênée en respirant, la

marche devint difficile et le médecin de son pays pratiqua une première ponction, qui donna issue à 49 litres de liquide séreux. Une deuxième ponction, faite trois mois plus tard, donna issue à 20 litres de liquide ; deux mois après une troisième ponction retira à peu près la même quantité de liquide. Après ces dernières ponctions, d'après le dire de la malade, le ventre restait volumineux.

Aujourd'hui l'on constate que l'abdomen est distendu au point de refouler le thorax en haut et de proéminer en bas presque jusqu'au niveau de la rotule. Quand la malade est assise, son ventre vient toucher le sol ; la paroi abdominale est très œdématiée à la partie inférieure ; la palpation fait reconnaître une légère couche ascitique, et une tumeur irrégulièrement sphérique, de consistance inégale, à surface irrégulière et manifestement fluctuante par places. Le ventre mesure, d'une épine iliaque antérieure à l'autre, un mètre 10 centimètres ; de l'appendice xiphoïde au pubis 94 centimètres. La malade est très amaigrie et la partie supérieure du corps est réduite à l'état squelettique ; les membres inférieurs sont œdématiés et, entre les cuisses, on voit sortir une masse charnue, formée par l'utérus et le vagin prolapsés. Il y a peu de rectocèle, mais la cystocèle est considérable.

Opération le 19 juillet 1892. — Laparotomie sus-ombilicale (la partie sous-ombilicale de l'abdomen descendant au-dessous du pubis). Incision de 30 centimètres, évacuation de 20 litres de liquide ascitique. Le kyste est multiloculaire et adhérent par toute sa partie supérieure au grand épiploon, au côlon transverse ainsi qu'à la paroi abdominale. Ponction de deux énormes poches, contenant cha-

cune 15 à 20 litres de liquide filant, blanchâtre ; extraction du kyste, ligature du pédicule, suture de la paroi abdominale à un seul plan. Le poids des parties solides était de 15 kilogrammes.

Les suites de l'opération furent des plus simples. L'utérus et le vagin, qui avaient été réduits à la fin de l'intervention, restent dans la cavité abdominale, maintenus par un tamponnement iodoformé.

Les fils sont enlevés le huitième jour (27 juillet), mais la paroi abdominale est flasque, plissée et retombe au devant du pubis. La malade se lève le vingtième jour mais le prolapsus se reproduit immédiatement. Elle est remise au lit et, le 27 août (c'est-à-dire 38 jours après l'opération). M. Ricard pratique une colpo-périnéorrhaphie avec large colporraphie antérieure. La malade est maintenue trois semaines au lit, conservée huit jours en observation, puis elle repart dans son pays complètement guérie de sa tumeur et de son prolapsus.

OBSERVATION XIX

(Fourneaux).

Fibrome de l'utérus, prolapsus utérin.

X. ., 40 ans, ménagère, est mariée et mère d'un enfant bien portant ; sauf un avortement à 3 mois de grossesse,

elle n'a présenté aucun trouble des fonctions génitales. Les accidents, qui la déterminent à entrer dans le service, ne remontent pas à plus de 4 mois. Depuis cette époque, elle constate dans le ventre l'existence d'une boule, qui bouge parfois et est l'occasion de douleurs. Le ventre grossit un peu et il arrive souvent que la miction est difficile. Jamais de troubles de la défécation, amaigrissement léger. Troubles psychiques assez accusés. La malade est hypocondriaque, elle parle peu et répond très mal aux questions posées.

Examen local. — Lorsque nous la voyons, nous constatons que le ventre est volumineux, il mesure 80 centimètres de circonférence au niveau du pubis. La paroi est couverte de vergetures. Le volume de la tumeur est un peu supérieur à celui d'une tête de fœtus à terme. Elle est très mobile, lisse, dure, elle occupe la portion sus-pubienne et est inclinée un peu vers la gauche ; cette exploration n'est pas douloureuse.

Par la percussion et la palpation on constate l'existence d'une ascite très abondante, envahissant les flancs.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est prolabé, mais cette ectopie ne gêne pas la malade, qui l'a constatée il y a 12 ans. Elle serait augmentée de beaucoup depuis trois mois. On peut facilement constater de cette manière que la matrice fait corps avec la tumeur, car les mouvements provoqués à celle-ci entraînent celle-là.

Rien au niveau des annexes.

Hystérométrie 12 centimètres.

L'état général est peu satisfaisant.

Le 20 août. — M. le professeur Duret procède à l'hys-

térectomie abdomino-vaginale. La malade succombe dix-huit jours après l'opération à une péritonite ascendante (1).

OBSERVATION XX (Dr Villeneuve).

Kyste de l'ovaire prolapsus utérin.

Françoise G... est âgée de 48 ans. Elle exerce le métier de poissonnière. Elle a été réglée à 14 ans. Mariée à 36 ans, elle a eu cinq enfants.

La malade a commencé à souffrir il y a 4 ans. A partir de cette époque la marche est devenue difficile. Douleur dans le flanc gauche et surtout dans les lombes. En même temps le col de l'utérus apparaissait à la vulve.

Actuellement (1890) le col tout entier fait saillie à la vulve. Il est gros, congestionné, mais sain. Pas de pertes blanches. Il y a de la rectocèle et pas de cystocèle.

Laparotomie le 30 mai 1890.

L'utérus repoussé par les doigts d'un aide est facilement saisi. L'ovaire gauche kystique et adhérent est enlevé et l'utérus fixé par trois fils de soie (procédé Terrier) (2).

1. Observation rapportée par M. Fourneaux, interne des hôpitaux, *Journal des Sciences médicales de Lille*, 11, p. 508.

2. Dr Villeneuve. *Marseille médical* 1892, p. 723. Observation résumée.

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Jeanne A..., est une jeune femme de 22 ans, dont les antécédents, héréditaires et personnels, n'offrent aucune particularité intéressante; qui n'a jamais eu ni enfant, ni fausse-couche. Elle a été réglée à 13 ans et demi.

Depuis le moment où elle a commencé à souffrir, la malade n'a eu ses règles qu'une fois, et elle a cru remarquer, qu'elles étaient moins abondantes que de coutume. Des pertes blanches, intermittentes et peu accusées, sont apparues depuis trois ou quatre mois.

Les douleurs devenant de plus en plus vives, Mme A... se décide à entrer à l'hôpital Broca le 27 avril 1903.

Ces douleurs dont l'apparition remonte à un mois environ, sont localisées au niveau de la fosse iliaque droite; sourdes et continues, une pression même superficielle les exagère. Elles diminuent notablement par le repos au lit. La palpation permet de délimiter une tumeur, qui paraît s'être développée aux dépens de l'ovaire droit.

La malade est en outre atteinte de prolapsus de la matrice, prolapsus qui s'est produit, dit-elle, au moment de ses premiers rapports, il y a environ huit mois.

On aperçoit en effet, au niveau de la vulve le col utérin, qui a conservé sa forme normale. Mme A... dit n'avoir jamais été sérieusement incommodée par cette chute de l'utérus. Elle ne souffrait pas et n'éprouvait de ce chef

aucune fatigue; les règles avaient continué, comme par le passé, sans aucun changement.

On porte le diagnostic de tumeur solide de l'ovaire droit, compliqué de prolapsus de l'utérus, causé par un allongement hypertrophique du col d'une part et la tumeur ovarienne d'autre part.

Le 30 avril 1903, M. le Dr Jayle fait une laparotomie, pour extraire cette tumeur. Incision remontant jusqu'à l'ombilic, le contournant un peu à droite; la paroi saigne abondamment; dès l'ouverture du ventre, on constate des adhérences de l'épiploon à la paroi. La tumeur est elle-même adhérente à droite avec l'extrémité inférieure du cœcum, à gauche également avec l'S iliaque, et, d'une façon générale, avec plusieurs points de la paroi pelvienne. Il y a eu manifestement autour de la tumeur des poussées de péritonite.

La main droite, introduite dans l'abdomen, permet de rompre toutes les adhérences, qui sont lâches, et de sortir la tumeur. La trompe correspondante est très congestionnée, d'une teinte rouge violacé, du volume du petit doigt. Ablation de la tumeur et de la trompe, ligature du pédicule.

On constate alors, que le cul-de-sac vésico-utérin est un peu effacé, surtout à gauche, par suite d'adhérences récentes; déplissement du cul-de-sac.

A l'examen des annexes gauches, on trouve deux petits kystes sous-tubaires, du volume d'une noisette, qui sont enlevés. L'ovaire est un peu gros et scléro-kystique; si la malade n'était pas si jeune, on en eût fait l'ablation. Il est impossible d'obtenir une hémostase parfaite, par suite de la rupture des adhérences. Suture de la paroi après drainage;

au cours de la suture on voit saigner une adhérence épiploïque, qui a été détachée. On met une ligature à ce niveau.

Les suites opératoires ont été simples et la malade a guéri sans incident.

Madame A..., dont nous avons pris des nouvelles au mois de mai dernier, avait vu se reproduire quelque temps après son opération, la chute utérine qui l'oblige actuellement à porter un pessaire.

OBSERVATION XXII (Personnelle).

Mme G..., 49 ans, ménagère, entre le 19 mars 1903, à l'hôpital Broca.

Cette femme a eu un seul enfant en 1881 : l'accouchement et les suites de couches ont été parfaitement normaux.

Réglée à 13 ans, la ménopause est survenue à 44 ans.

Jusqu'à cette époque aucun trouble dans la sphère génitale, sauf des pertes blanches assez abondantes depuis l'âge de 38 ans.

Six mois après la ménopause, brusquement, au milieu de son travail, la malade s'aperçut, pour la première fois, qu'une tumeur venait faire issue à la vulve. Elle consulta à ce moment, on lui fit porter un pessaire. A cette époque se produisit une perte de sang très abondante, qui dura environ quinze jours ; jamais elle n'en eut depuis. En même temps, la malade commença à ressentir dans l'hypogastre des douleurs continues, que le repos ne faisait pas disparaître, et qui s'irradiaient surtout vers la fosse iliaque droite. D'autre part le ventre

augmentait un peu de volume. Pendant cinq ans, Mme G... resta dans ces conditions, jusqu'au 2 avril 1903, moment où elle se décida enfin à se faire opérer.

La malade a des troubles cardiaques, qui remontent à plusieurs années, mais dont elle ne peut préciser le début.

Adressée dans le service de M. le professeur Pozzi, uniquement pour prolapsus vaginal, M. le Dr Jayle reconnut, qu'il s'agissait d'un prolapsus symptomatique d'une tumeur annexielle kystique.

Le 2 avril 1903, M. le Dr Jayle fait une laparotomie et procède à l'ablation d'un kyste de l'ovaire du volume d'une tête de fœtus.

L'opération a parfaitement réussi et Mme G..., que nous avons revue à la fin de juillet de la même année, à l'Hôtel-Dieu, où elle était en traitement pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu, avait toujours un utérus en position normale, sans aucune tendance au prolapsus.

OBSERVATION XXIII (Personnelle).

Mme D..., concierge, âgée de 69 ans, a eu trois enfants tous vivants et bien portants. Les accouchements et les suites de couches ont été parfaitement normaux.

Réglée à 13 ans. Ménopause à 50 ans. Période d'activité génitale sans aucune particularité notable.

Depuis un an, la malade ressent dans le ventre quelques douleurs, localisées au niveau des deux fosses iliaques. Elles surviennent par crises, mais sont peu aiguës, le repos les

fait complètement disparaître. Le ventre augmente légèrement de volume surtout du côté droit.

En même temps qu'elle constatait l'apparition de ces symptômes, Mme D... remarque, pour la première fois, qu'elle avait une tumeur, du volume d'un œuf, qui sortait au niveau de la vulve. Cette tumeur, réductible par le repos, ne s'est jamais ulcérée.

La malade consulta pour ce prolapsus, un médecin, qui l'envoya à l'hôpital pour y subir une colpo-périnéorrhaphie.

Après examen complet, M. le Dr Jayle reconnut que le prolapsus était symptomatique et causé par un kyste de l'ovaire.

Le 18 avril 1903, M. le Dr Jayle pratique une laparotomie. Vu l'état très faible de Mme D..., l'opération est faite en droite et en proclive : Incision, préhension du kyste avec deux pinces de Kocher, ponction au bistouri, qui donne issue à 2 litres 800 de liquide hémorrhagique, couleur suie. On enlève la tumeur, et on jette une ligature sur le pédicule.

A gauche, il n'y a rien d'appréciable au toucher, on ne voit pas l'ovaire, la malade n'étant pas en déclive, à cause de ses troubles cardiaques.

Les suites opératoires ont été des plus simples, et malgré son âge et ses lésions cardiaques, Mme D... s'est remise complètement de son opération. Au mois de juillet 1903 elle était en parfaite santé, et le prolapsus utérin ne montrait aucune tendance à la récurrence.

OBSERVATION XXIV

(MM. Hartmann et du Bouchet).

Mme J..., femme R..., 67 ans, entre le 17 juillet 1893, à l'hôpital Bichat, salle Chassaing n° 2, pour un prolapsus utérin.

Réglée à 17 ans, régulièrement, cette malade a eu deux grossesses à terme, la dernière remontant à 23 ans; de 44 à 50 ans, elle a presque constamment perdu du sang, puis tout écoulement a cessé.

La maladie actuelle ne remonterait, suivant ses dires, qu'à six mois. C'est alors seulement qu'elle s'est aperçue que son utérus sortait de la vulve.

MM. Hartmann et du Bouchet font, le 12 août 1893, une hystérectomie vaginale.

L'examen de la pièce montre que dans l'épaisseur de la paroi gauche de l'utérus, tout près du fond, existe un fibrome du volume d'une pomme d'api, qui n'avait pas été diagnostiqué (1).

1. Résumé de l'observation rapportée par MM. Hartmann et du Bouchet. *Annales de gynécologie*, 1894, vol. 41.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS

I. — Le prolapsus utéro-vaginal peut être symptomatique d'une tumeur pelvienne, développée aux dépens de l'utérus ou de ses annexes.

II. — Sur le nombre relativement considérable des femmes atteintes de tumeurs utero-ovariennes, quelques-unes seulement voient survenir une procidence génitale consécutive à leur affection. C'est une complication rare.

III. — La présence de tumeur, cause de prolapsus, peut être méconnue, si on ne procède pas à un examen complet et attentif de la cavité pelvienne. On peut alors faire le diagnostic de prolapsus simple et préconiser un traitement médical ou chirurgical inefficace.

IV. — Pour obtenir la guérison d'un prolapsus symptomatique, il faut d'abord, dans un premier

temps, procéder à l'ablation de la tumeur qui le détermine. Dans un second temps, et s'il y a lieu, on pratiquera une seconde intervention, soit sur le col, soit sur le périnée.

Vu : le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bilhaut. — Association française de chirurgie. Paris 1896.

— Journal de Sciences médicales de Lille, 1896.

Jacobs. — Gazette de gynécologie. Paris 1894.

Villeneuve. — Marseille médical, 1892, XIX.

Rochet. — Province médicale. Lyon 1890-1891.

Témoin. — Thèse de Paris, 1889. G. Steinheil.

Tillaux. — Leçons de clinique chirurgicale. Paris 1888.

Duplay et Chaput. — Archives générales de médecine. Paris 1889.

Trélat. — Annales de gynécologie. Paris 1888.

Pichevin. — Semaine gynécologique. Paris 1903.

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Boursier. — VII^e congrès de chirurgie, 1893.

Polaillon. — Maladies des femmes.

Maucclair. — Journal des praticiens, 1900.

Hartmann et du Bouchet. — Annales de gynécologie, 1894.

Joussé. — Thèse de Paris, 1893.

Duplay. — Bulletin médical, 1901.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité de gynécologie.

Emmet. — La pratique des maladies des femmes.

Schræder. — Maladies des organes génitaux de la femme. Trad.

Scanzoni. — Traité pratique des maladies sexuelles de la femme, 1858.

Churchill. — Traité des maladies des femmes. Trad. 1860.

Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies des femmes.

De Sinety. — Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes.

Tuffier. — Semaine médicale, 1894.

Heath. — British medical Journal, 1870.

Terrier. — Revue de chirurgie, 1886.

Ashe. — The Dublin Journal of medical sciences, 1883.

Hart et Barbour. — Manuel de gynécologie.

Macan. — The Dublin Journal of medical sciences, 1887.

Barnes. — Traité des maladies des femmes.

Courty. — Traité pratique des maladies des femmes.

Aran. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, 1858.